45e Année. — N° 32. Vendredi 12 Août 1898.

LA FRANCE MÉDICALE

4795
BOSTON MEDICAL LIBRARY
MAR 27 1899
ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Syphiligraphie : Phlébite syphilitique, par le Dr Barbe, 497. — **Bibliographie** : Les maladies évitables. Moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation, par le Dr Bouloumié, 499. — **Académie des sciences** : *Séance du 1er août* 1898. Présidence de M. Wolf. — Nouvelles recherches sur les miroirs de verre doublé de métal dans l'antiquité, 499. — Sur un nouveau Trichophyton produisant l'herpès chez le cheval, 502. — Fonction physiologique du fer dans l'organisme de la plante, 503. — **Académie de médecine** : *Séance du 9 août* 1898. Présidence de M. Panas. — Rapports de prix, 504. — **Société médicale des bureaux de bienfaisance** : *Séance du 8 juin* 1898. Présidence de M. L. Gourichon. — Inauguration de la station d'ambulances municipales de la rue Caulaincourt, 504. — Compte rendu de la visite du bureau à M. Peyron, ancien directeur de l'Assistance publique, 505. — Compte rendu de la visite du bureau de bienfaisance à M. Napias, nommé directeur de l'Assistance publique de Paris, 505. — Analyse de l'annuaire statistique de la Ville de Paris (Année 1895) en ce qui concerne le service médical à domicile, 505. — Communication de MM. Séailles et Dufournier, délégués de la Société au Congrès de la tuberculose, 506. — **Congrès de la tuberculose** : *Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août* 1898. sous la présidence de M. Nocard (*suite*). — Les rayons de Rontgen et le diagnostic de la tuberculose, 507. — **Nouvelles**, 511. — **Feuilleton** : Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XVe au XIXe siècle (*suite*), 498.

SYPHILIGRAPHIE

—

Phlébite syphilitique.

Par le Dr Barbe.

La phlébite syphilitique est une lésion peu commune, peut-être parce qu'elle est mal connue et passe ainsi inaperçue. Tantôt la lésion se localise en un point très circonscrit d'un territoire veineux, et présente les apparences d'une néoplasie (gomme veineuse), tantôt une certaine étendue d'une tranche veineuse est atteinte, ce qui constitue la phlébite syphilitique proprement dite.

Langenbeck est un des premiers qui ait attiré l'attention sur les lésions syphilitiques des reins. Il extirpa en 1881 une tumeur située sur le côté droit du cou, qui avait été prise pour un cancer. L'étude microscopique, puis les ulcérations, qui survinrent sur la langue, le voile du palais et les joues, donnèrent la preuve que la tumeur était une gomme. Cette gomme avait pris naissance dans la tunique externe de la veine jugulaire.

Langenbeck a relaté un autre cas de gomme périveineuse, qu'on opéra parce qu'on avait diagnostiqué un cancer. Cette gomme partait de la veine fémorale. Le malade mourut de pyoémie.

Voici un troisième fait observé par Gosselin en 1872. Une femme syphilitique, âgée de 65 ans, se plaignait de douleurs dans la jambe gauche avec impossibilité de marcher et d'étendre le genou. Sur la partie postérieure et supérieure du mollet, on remarquait un gonflement très sensible à la pression, situé à une grande distance des téguments et sans adhérences avec eux. La palpation faisait reconnaître l'existence d'un cordon de 4 centimètres de longueur sur 1 de largeur. Pas de varices. Gosselin diagnostiqua une gomme développée dans la tunique externe de la saphène externe et prescrivit le sirop de Gibert. Guérison en 15 jours.

Gosselin a observé un autre cas sur un jeune homme qui avait, en même temps que des accidents secondaires, des gommes précoces du tissu cellulaire; de plus, sur les deux jambes existaient trois indurations allongées, sous-cutanées, adhérentes à la veine saphène interne ou à l'une de ses branches collatérales, ayant de 3 à 5 centimètres de longueur. Traitement mixte. Guérison.

Granhow a observe la phlébite des veines superficielles des deux jambes en même temps que des gommes musculaires. Guérison rapide par l'iodure de potassium.

Le Dr Heuzard vient de reprendre l'étude de la phlébite dans sa thèse inaugurale (Paris, 1898). Il y décrit la phlébite secondaire et la phlébite tertiaire; dans la première plusieurs veines sont prises à la fois ou les unes après les autres; dans la seconde la phlébite est tantôt circonscrite sous forme de gomme, tantôt diffuse, amenant à la longue la sclérose des parois. Toutes les veines du corps peuvent être prises.

La phlébite secondaire se montre en général entre vingt jours et un an après le début de la syphilis (pour Mendel, entre 28 jours et 2 ans), principalement aux saphènes. Comme toujours la lésion se manifeste d'abord par une congestion de la région ou par des traînées rouges correspondant au trajet veineux, par de l'impotence du membre, par de la douleur, surtout à la

pression. La palpation révèle l'induration des veines sous forme de cordon, de l'œdème qui s'observe principalement à la partie postérieure de la jambe et au niveau des malléoles. La veine reste en général perméable. La fièvre est très rare. Le traitement spécifique guérit la phlébite au bout de 15 jours, jusqu'à 2 mois. Parfois il y a récidive de la phlébite.

La phlébite tertiaire est rare et se montre plusieurs années après le début de l'infection. Les symptômes sont les mêmes que dans la phlébite secondaire. Tantôt les veines sont oblitérées, tantôt elles sont dilatées, variqueuses, avec allongement des vaisseaux. La guérison n'est pas toujours complète comme dans la phlébite secondaire, il reste parfois de l'induration des parois veineuses.

Dans le diagnostic, le point le plus délicat, c'est de ne pas mettre sur le compte de la vérole toute phlébite qui survient sur un terrain syphilitique. A côté des phlébites qui se montrent au cours ou à la fin des maladies infectieuses, il y a les phlébites goutteuses et les phlébites rhumatismales; celles-ci surtout ont été bien étudiées dans ces dernières années. On ne posera le diagnostic de syphilis veineuse qu'après avoir éliminé toutes ces différentes phlébites. Le point le plus délicat est le diagnostic avec la lymphangite secondaire beaucoup plus fréquente que la phlébite; on se basera surtout sur la situation anatomique connue des veines et sur l'influence de la compression du membre sur le cordon pathologique. Nous avons vu plus haut que les veines touchées par la syphilis restent en général perméables; si donc ces dernières deviennent turgides sous l'influence de la compression, c'est qu'on a bien affaire à une phlébite.

Dans la phlébite syphilitique le mercure seul ou combiné à l'iodure de potassium constitue un remède héroïque.

Lang a observé chez un homme atteint de manifestations syphilitiques une phlébite des deux saphènes avec périphlébite à droite. Le malade fut guéri après trois mois de traitement.

Dowse, en faisant l'autopsie d'un homme mort au milieu de crises épileptiformes, trouva une vaste gomme de la tente du cervelet avec *phlébite du sinus* du voisinage.

Deakin a trouvé une grosse gomme du foie avec la veine porte doublée d'une membrane blanche, dense.

Telles sont les phlébites circonscrites que nous avons pu rassembler d'après l'intéressant chapitre sur les affections syphilitiques des veines du traité de M. Mauriac.

Quant aux phlébites diffuses, elles sont beaucoup plus rares. Dans le même ouvrage, le même auteur en rapporte un cas qui paraît bien probant. M. B., âgé de 20 ans, deux mois après l'apparition d'un chancre suivi d'une syphilis généralisée, ressentit une douleur vive dans le mollet de la jambe droite qui devint tuméfiée, à tel point que la station debout était impossible. On soupçonna une phlébite profonde d'origine syphilitique, aucune autre cause ne pouvant expliquer cette lésion. Deux mois après, des douleurs se manifestèrent dans le bras droit ; la palpation faisait sentir que les veines sous-cutanées de la face interne étaient oblitérées, dures, avec des traînées rouges de la peau sur leur trajet. Œdème de tout le bras.

Au bout d'un mois, le malade revint avec des douleurs de la cuisse droite ; en effet, sur la face interne de celle-ci existaient des traînées rouges au-dessous desquelles on sentait de gros cordons, durs, moniliformes.

FEUILLETON

—

Les médecins de l'Hôtel-Dieu, du XV^e^ au XIX^e^ siècle.

(*Suite*) (1).

Le 4 mai 1735 eut lieu une réunion du Bureau pour décider si l'on aurait à l'Hôtel-Dieu un ou plusieurs médecins résidents pour les cas urgents. On avait proposé d'avoir un, deux ou trois médecins résidents qui devraient renoncer à la clientèle de ville et qui seraient payés en conséquence. Cette proposition ne fut pas acceptée. On agita encore la question de nommer les médecins à fixité ou pour un temps déterminé, ce qui fut repoussé. Le nombre des médecins fut maintenu à sept. Les heures des visites furent réglées à 7 heures en été et à 8 heures en hiver. Les appointements furent augmentés.

Dans une seconde réunion du Bureau, le 11 mai, il fut question d'attacher à chaque médecin ordinaire un expectant qui l'accompagnerait dans la visite du matin et ferait une contre-visite le soir. Le traitement des médecins ordinaires fut fixé à 800 livres et celui des expectants à 200 livres.

C'était déjà un grand progrès. Et pour que les cas curieux observés à l'Hôtel-Dieu ne fussent pas perdus pour la science, on demanda aux médecins de se réunir une fois par mois, pour se communiquer leurs observations particulières et pour tenir un journal relatant ces observations.

Une autre question importante avait été agitée de nouveau, c'était celle des *médecins résidents*.

Dans les temps anciens, il n'y avait qu'un médecin à l'Hôtel-Dieu ; il y résidait, n'en sortait point et recevait 1.000 livres d'appointements. Plus tard, il eut un adjoint avec lequel il partageait le service et les honoraires. Puis les médecins cessèrent d'habiter l'Hôtel-Dieu. On proposa encore d'avoir, outre les médecins ordinaires et les expectants, un médecin qui résiderait à l'Hôtel-Dieu, c'est-à-dire un interne qui serait appelé jour et nuit pour les cas urgents, en l'absence des médecins. Bien que la proposition fût juste, elle fut encore ajournée, et le nombre des expectants diminua.

Au commencement de 1735, les sept médecins de l'Hôtel-Dieu étaient :

Afforty, père,
Lemery,
Chomel,
Herment,

(1) Voir *France médicale*, n^os^ 23, 28, 29, 30, 31.

Huit jours plus tard les douleurs avaient diminué, mais l'œdème persistait, Les phlébites disparurent peu à peu au bout de six mois.

En 1894 le Dr Mendel a publié dans les *Archives générales de médecine* (1896) un excellent mémoire sur la phlébite syphilitique où aux observations déjà connues il joint une observation personnelle.

BIBLIOGRAPHIE

Les maladies évitables. — Moyens de s'en préserver et d'en éviter la propagation, par le Dr Bouloumié

« Ouvrage rédigé au nom d'une commission composée de MM. Duclaux, président, Dumesnil, Drouineau, Ledé, Martha, A.-J. Martin, Napias, Philibert.

Ce livre est un excellent résumé, mis à la portée du public, de ce que l'on sait des maladies contagieuses et des moyens que possèdent l'hygiène et la désinfection pour les combattre. En quelques pages de ce style alerte et concis spécial à son auteur, M. Bouloumié décrit deux sortes de maladies évitables :

1° Celles produites par la virulence des microbes en permanence dans l'organisme (pneumonie par exemple). On s'en préservera par l'hygiène, et l'auteur donne quelques indications sommaires sur l'hygiène de l'alimentation, de l'habitation, du vêtement, des eaux, etc.

2° Celles produites par la transmissibilité de certaines maladies essentiellement contagieuses (variole, scarlatine, etc). L'auteur, à ce propos, cite de nombreux exemples de contagion. L'isolement et la désinfection préservent de cette seconde catégorie de maladies.

Le livre se termine par une petite notice des principales maladies contagieuses, avec leur prophylaxie à l'école et dans la famille.

Cet ouvrage, écrit plutôt pour le public, est un excellent traité de vulgarisation scientifique. G. Weil.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er août 1898. — Présidence de M. Wolf.

Nouvelles recherches sur les miroirs de verre doublé de métal dans l'antiquité. — M. Berthelot. J'ai examiné l'an dernier de petits miroirs de verre doublé de métal, trouvés dans des sépultures gallo-romaines (IIIe et IVe siècles) et qui m'avaient été remis par M. Th. Habert, conservateur du Musée archéologique de Reims (*Annales de Chimie et de Physique*, 7e série, t. XII, p. 451-459). J'ai constaté que le métal était du plomb et j'ai décrit la figure et le mode de fabrication des miroirs : le verre ayant été découpé avec un instrument tranchant dans un ballon soufflé, et le métal fondu ayant été versé dans la concavité de minces capsules sphériques, en forme de verre de montre, obtenues par ce procédé. La garniture dans laquelle le miroir était serti autrefois avait disparu.

Dans ces derniers temps, trois miroirs analogues, provenant de localités différentes et fort éloignées les unes des autres, savoir la Thrace romaine et l'Égypte byzantine, ont été soumis à mon examen. Je dois remercier d'abord les savants qui ont bien voulu me confier ces précieux restes de l'antiquité : M. Guimet, fondateur du Musée si important qui porte son nom, et M. Dobrusky, directeur du Musée de

---

Afforty, fils,
Delaleu,
Bailly.

Afforty père est mort le 28 mars 1735 et a été remplacé par Thomas-Bernard Bertrand, qui était expectant depuis 1722. Né à Paris le 22 octobre 1682, reçu docteur le 10 décembre 1710, Bertrand tenait une place honorable à la Faculté. Il avait été élu professeur de chirurgie en 1724 et professeur de pharmacie en 1738.

On sait qu'à cette époque les professeurs étaient nommés à l'élection chaque année, à la première réunion du mois de novembre (1). Bertrand, en dehors de ses fonctions de professeur et de sa clientèle, a résumé sous le titre de *Annales medici*, en un volume manuscrit in-f° de 484 feuillets, les vingt-quatre volumes des *Commentaires* de la Faculté. Ce volume est conservé dans les manuscrits de la bibliothèque de la Faculté de médecine. Bertrand est mort d'une hernie étranglée le 19 avril 1751.

En 1740, les médecins étaient :

Lémery,
Chomel,
Herment,

(1) Corlieu, *ouv. cité*, p. 125 et suiv. et p. 128.

Afforty, fils,
Bailly,
Bertrand,
Col de Vilars.

Delaleu, qui est mort le 25 juillet 1736, avait été remplacé par Col de Vilars, Elie. Né à La Rochefoucauld en 1673, Col de Vilars s'était fait recevoir docteur le 28 novembre 1713, et fut nommé médecin ordinaire de l'Hôtel-Dieu le 1er août 1736. Il avait été élu professeur de chirurgie française le 8 novembre 1727, professeur de pharmacie le 2 novembre 1737 et doyen de la Faculté en 1740. C'est sous son décanat que fut construite la rotonde qu'on voit au coin des rues de la Bûcherie et de l'Hôtel Colbert et que la ville de Paris vient de racheter comme souvenir ou monument historique. Il est mort le 26 juin 1747.

Bailly est mort en 1740 et fut remplacé par Michel Péaget, qui avait été reçu docteur le 21 février 1718 et qui fut nommé médecin ordinaire le 13 juillet 1740. Il avait été élu professeur de botanique en 1724, fut réélu une seconde fois et fut appelé en 1743 à la chaire de pharmacie, puis en 1747 à la chaire de chirurgie latine. Il est mort le 2 février 1750. Afforty fils étant mort le 18 décembre 1741, fut remplacé, le 24 janvier 1742, par Le Hoc, reçu docteur en 1730.

Henri-François Bourdelin succéda à Chomel. Il avait été

Sofia (1). Ces miroirs offrent d'autant plus d'intérêt qu'ils sont sertis dans leur garniture, ce qui en définit plus complètement les conditions de fabrication et d'usage.

I. — Miroir du musée de Sofia (2).

En 1895, sur les bords de l'Hèbre, près du village bulgare de Saladinovo, à une dizaine de kilomètres de la ville de Tatar-Bazardjick, on a découvert les restes d'un Nymphéon, temple rustique, dédié aux Nymphes Naïades du lieu par les Thraces, et en vogue aux IIe et IIIe siècles de notre ère. Entre autres objets, furent trouvés treize petits miroirs ronds de verre, montés sur un pied, enchâssés dans un cadre métallique. On y rencontra également des monnaies grecques, du temps de la dynastie des Sévères. C'est l'un de ces miroirs que M. Dobrusky a eu l'obligeance de m'adresser.

Le diamètre total de l'objet, miroir et garniture métallique compris, est de 47 millim.; le tout est rond, avec trace d'un manche inférieur, rompu, dirigé suivant un rayon. Le miroir convexe de verre, d'un diamètre apparent de 25 millim., occupe le centre, sous la forme d'une calotte sphérique.

Il est encastré sous une couronne métallique plate, large de 11 millim., épaisse de 1 millim. environ, limitée elle-même, en dehors et en dedans, par deux doubles lignes circulaires. Entre ces deux lignes, un espace annulaire de 5 millim., dans lequel court une courbe sinusoïdale, formant guirlande. Le revers cette couronne n'offre aucun dessin, si ce n'est un cordon circulaire intérieur; mais le miroir central est caché et maintenu par une plaque métallique circulaire (diamètre, 27 millim.; épaisseur, 2 millim.), sur laquelle on lit l'inscription suivante :

AXH
IƎƎIP
IM

c'est-à-dire :

ἡ χάρις εἰμὶ = je suis la grâce.

D'après mes analyses, toute cette garniture est formée par du plomb métallique, industriellement pur, revêtu d'une couche épaisse et blanchâtre d'oxyde carbonaté.

Les diverses lignes, dessins et impressions de la garniture métallique paraissent avoir été exécutés non par moulage, mais par estampage, au moyen d'un modèle plus dur; la minceur et la mollesse du plomb mis en œuvre s'accordent avec ce genre de fabrication.

Venons au miroir de verre Sa surface visible est convexe et circulaire ; mais, lorsqu'on détache la plaque du revers, on reconnaît que le verre a été découpé avec un outil, suivant la forme d'un polygone octogonal irrégulier, à bords mâchés par place et non fendus, précisément comme les miroirs de Reims. Son épaisseur, variable d'ailleurs, est voisine d'un quart de millimètre. L'enduit qui le recouvre se détache en écailles, laissant la surface vitreuse attaquée et irisée. Cet enduit même, épais d'un dixième de millimètre (ou un peu plus), a été formé à l'origine par du plomb fondu, dont l'éclat subsiste par places; mais il est aujourd'hui changé presque entièrement en un oxyde jaunâtre, irrisé, en partie carbonaté, produit sous l'influence du temps, de l'air et de l'humidité. En raison de cette altération, le miroir a cessé de donner des images régulières.

Il ne saurait d'ailleurs s'agir ici ni d'amalgame, ni d'étamage, la matière ne contenant aucune trace de mercure, ni d'argent, ni d'étain en dose sensible ; c'était à l'origine du plomb industriellement pur, qui a été coulé dans la capsule vitreuse, en couche mince formant enduit et constituant le miroir.

En somme, nous possédons là un petit miroir, déposé au

(1) M. Perdrizet, de l'Ecole d'Athènes, m'en avait signalé l'existence

(2) Les détails de la trouvaille ont été donnés par M. Dobrusky dans le *Bulletin de Correspondance hellénique*, t. XXI, p. 118; 1897.

---

reçu docteur le 4 novembre 1734, il était connu à la Faculté où son père, Louis-Claude, avait été professeur de chirurgie latine, puis de physiologie et de pathologie.

Le 3 juin 1750, on régla le service des expectants. Ils ne furent plus tenus d'accompagner les médecins ordinaires dans leurs visites du matin, ainsi que l'avait établi le règlement du 18 mai 1735, ni de rendre compte aux médecins ordinaires de l'état des malades visités le matin.

L'article 2 du règlement disait : « Dans les seuls cas de maladie des médecins ordinaires, et après qu'ils auront fait avertir Messieurs les commissaires, conformément au règlement de 1735, un médecin expectant, à l'avis qui lui sera donné par l'un de Messieurs les commissaires, de la maladie du médecin ordinaire, fera en son lieu et place, et jusqu'à ce qu'il soit guéri, la visite ordinaire du matin des malades de l'Hôtel-Dieu, en se conformant à cet égard à tout ce qui est prescrit par le règlement de 1735 pour les médecins ordinaires.

« Art. 3. — Le médecin expectant visitera tous les jours, le soir à l'heure ordinaire de 5 heures, tous les malades amenés à l'Hôtel-Dieu depuis la visite du matin, et qui se trouveront avoir besoin de secours pressants, à quoi ils pourvoiront en ordonnant ce qu'ils croiront nécessaire pour leur soulagement ».

L'article 4 de ce règlement disait que si les deux médecins expectants étaient malades en même temps, le médecin ordinaire, reçu le dernier, ferait « au lieu et place des « expectants malades et jusqu'à ce qu'ils soient guéris, tant « la visite du soir que tout ce qui doit être fait par les mé- « decins expectants ».

Col de Vilars, mort le 26 juin 1747, avait été remplacé le 19 juillet par Louis-Florent Bellot, qui avait été reçu docteur le 5 novembre 1734 et qui mourut deux ans après, le 5 juillet 1749. Il avait été élu professeur de chirurgie latine en 1737, de physiologie et de pathologie en 1742.

Bellot eut pour successeur François-Félix Cochu, qui avait été reçu docteur le 9 décembre 1734. Cochu s'était acquis une certaine réputation à la Faculté. Il avait été élu professeur de physiologie et de pathologie en 1741, professeur de pharmacie en 1744, de botanique en 1748. Il donna sa démission en 1776 et est mort en 1799.

La question d'un médecin résident fut reprise et encore ajournée.

Péaget, qui avait succédé à Bailly en 1740 et qui avait été élu professeur de pharmacie en 1743 et de chirurgie latine en 1747, est mort le 22 février 1750, et fut remplacé le 13 mai par H.-Th. Baron.

Baron, Hyacinthe-Théodore, né à Paris le 12 août 1707, avait

Nymphéon comme objet votif. Il était susceptible d'être tenu à la main, miroir d'enfant, ou de femme, ou ornement d'appartement. Par sa forme et ses dimensions, il se rapproche beaucoup de certains petits miroirs que l'on vend aujourd'hui à Florence ; sauf cette circonstance que les miroirs modernes sont plans, plus épais et plus brillants et entourés de bronze au lieu de plomb.

II. — Premier miroir d'Antinoé a garniture de plâtre.

Le musée Guimet a effectué, pendant les années 1896-1898, dans les ruines de la ville égyptienne d'Antinoé, des fouilles qui ont amené, entre autres résultats, la découverte de quatre nécropoles d'époque différente, et spécialement romaine, byzantine et copte. Parmi les nombreux objets trouvés dans les sépultures, on a signalé plusieurs miroirs de verre doublé de métal, appartenant à deux types différents. Ce sont deux de ces miroirs que M. Guimet a soumis à mes analyses : l'un grossier et serti dans un grand cadre de plâtre ; l'autre plus délicat, à garniture métallique. Ils ne sont ni étamés, ni amalgamés, contrairement aux apparences, et ne renferment ni mercure, ni argent, ni antimoine, ni étain : le plomb (industriel) seul est entré dans leur fabrication. Je parlerai d'abord du premier, dont il existe deux exemplaires dans les vitrines du Musée. Ils ne possèdent d'ailleurs aucune garniture métallique.

Le cadre de plâtre est constitué par un pentagone, formé d'une base de 90 millimètres, de deux côtés à peu près verticaux de 80 millimètres, le tout surmonté par deux côtés de 70 millimètres qui se rejoignent à angle aigu, de façon à constituer un fronton triangulaire ; la hauteur maxima, du sommet anguleux à la base, est de 140 millimètres ; l'épaisseur moyenne du cadre 8 millimètres. Ce cadre a été teint autrefois d'une couleur rougeâtre ; sur le pourtour de la face principale règne une large rainure, noircie par une matière organique.

Au centre de la partie quadrangulaire, l'artisan antique a pratiqué une excavation grossière, de forme arrondie ou plutôt elliptique, d'un diamètre voisin de 50 millimètres ; là se trouve logé, à même sur le plâtre, un miroir de verre convexe, grossièrement découpé. Autour de cette excavation, aux quatre coins et au-dessus, on a pratiqué dans le plâtre cinq cavités plus étroites, où ont été logés des fragments de verre irréguliers, beaucoup plus petits, provenant du même ballon dans lequel a été taillé le miroir principal. Un de ces fragments est carré, quatre sont triangulaires ; le plus grand se trouve dans l'espace triangulaire supérieur. J'ai détaché moi-même ces morceaux de verre brisés, qui avaient été fixés directement sur le plâtre, par un encollage fait avec une matière organique. En outre, le cadre porte cinq marques creuses, arrondies, distribuées autour du miroir et noircies au fond. Au-dessous de la pointe du triangle supérieur, il existe un trou, percé de part en part, comme pour servir à suspendre le miroir.

Quant au miroir de verre, il porte encore quelques traces métalliques, que j'ai pu même aviver par un traitement acide ménagé. On retrouve ainsi un métal net, que la pointe d'un canif a quelque peine à détacher du verre. Ce métal est constitué par du plomb, sans mercure, ni cuivre, ni argent, ni étain.

Il est assurément étrange de voir un miroir de verre aussi grossier, entouré de fragments irréguliers du ballon qui a servi à le fabriquer en guise d'ornements ; le tout enchâssé dans un grand cadre de plâtre suspendu.

Etait-ce là réellement un objet de toilette ? ou bien une amulette domestique ? C'est ce que nul indice ne permet de décider.

III. — Autre miroir d'Antinoé, a garniture métallique.

Ce miroir a été trouvé dans une tombe byzantine, entre les mains d'une fillette. Il est assez élégant et comparable à celui de Sofia, quoique construit un peu différemment. C'est également un miroir de verre, convexe, doublé de métal, et serti dans une garniture métallique. Mais il est beaucoup plus brillant, la surface métallique ayant conservé une grande partie de son éclat, et fournissant encore des images aussi nettes qu'un miroir d'aujourd'hui, bien qu'enlevée par places.

Le diamètre du cercle de verre apparent est de 33 millimètres, c'est-à-dire supérieur d'un tiers à celui de Sofia ; mais la couronne métallique qui l'entoure est plus étroite, et large seulement de 5 millimètres à 6 millimètres, épaisse de 1 millimètres 5 environ. Elle est limitée de part et d'autre par deux circonférences de points saillants, que sépare une rainure, profonde de 1 millimètre 5 environ. Autour de cette couronne règne une série de quatorze petites roses saillantes, d'un diamètre égal à 5 millimètres, rattachées seulement chacune par un point à la couronne. Par suite, le diamètre central du miroir, mesuré horizontalement, monte à 54 millimètres ; mais il est plus compliqué dans la direction verticale.

En effet, en haut, la couronne est jointe à un anneau métallique (diamètre extérieur : 20 millimètres ; intérieur : 16 millimètres), qui servait à suspendre le miroir, soit au cou, soit à la ceinture. En bas et au-dessous de la couronne

---

été reçu docteur le 29 octobre 1732. Il avait fait la campagne d'Allemagne et d'Italie comme premier médecin des armées du roi, et avait publié en 1747 un *Formulaire de pharmacie pour les hôpitaux militaires*. Il fut élu doyen en 1750. S'il n'a laissé aucun souvenir comme praticien on lui doit deux ouvrages qui dureront ; ce sont : *Risus, usus et laudabiles Facultatis medicinæ Consuetudines*, 1751 et *Quæstionum medicarum series chronologica*... 1752. Il donna sa démission le 6 avril 1772 et est mort le 27 mai 1787.

En 1751, les médecins de l'Hôtel-Dieu étaient :

Herment,
Bertrand,
Fontaine,
Le Hoc,
Bourdelin,
Cochu,
Baron.

Bertrand fut remplacé par J.-B-Louis Chomel, fils de Pierre-Jean-Baptiste. Reçu docteur le 30 octobre 1732, il s'adonna comme son père à l'étude de la botanique, dont il fut élu professeur en 1747, fut élu doyen en 1754, a publié en 1762 un *Essai historique sur la médecine en France*. Il a donné sa démission en 1756 et est mort le 11 avril 1765, à l'âge de soixante-cinq ans.

(*A suivre.*) A. Corlieu.

répond à ce cercle un petit quadrilatère, à parois latérales un peu inclinées, épais de 2 millimètres environ et sur lequel se trouve un dessin que l'oxydation a rendu confus. L'ensemble de cette garniture métallique a dû être obtenu par moulage, d'après sa forme et son épaisseur.

Le revers de ce miroir n'était pas destiné à être vu ; il ne porte aucun dessin. Mais de ce côté la garniture métallique se trouve pourvue de quatre pattes grossières, larges de 2 millimètres à 3 millimètres, longues de 15 millimètres à 20 millimètres, qui sont rabattues horizontalement aux quatre coins du miroir de verre, de manière à le maintenir pressé contre le métal.

Le miroir de verre lui-même, vu de ce même revers, est entièrement apparent, au lieu d'être masqué par un cercle de plomb comme celui de Sofia. Il se présente comme un fragment concave carré, peu régulier, dont les quatre angles ont été enlevés, le tout découpé comme par des ciseaux dans un ballon de verre. L'épaisseur du verre est voisine d'un demi-millimètre.

Au point de vue de la composition chimique, la garniture et l'enduit métallique du miroir sont également constitués par du plomb industriellement pur, ne renfermant ni mercure, ni cuivre, ni argent, ni antimoine, ni étain en dose sensible. La garniture est recouverte d'une patine d'oxyde de plomb carbonaté, beaucoup moins blanche que celle du miroir de Sofia, ce qui m'avait fait, à première vue, soupçonner la présence de cuivre ou d'étain, que je n'ai point retrouvés par l'analyse. Cette différence est également manifeste dans l'enduit ou patine du revers, qui recouvre à la fois la garniture et le métal coulé à la surface du verre. Elle est due sans doute à ce que l'oxydation du métal à Sofia s'est accomplie au sein d'un milieu beaucoup plus humide qu'à Antinoé. En fait, si l'on gratte avec un canif l'enduit du miroir, on dégage aisément le métal par petites lamelles ou rognures, débarrassées d'oxyde, et qui en permettent l'examen approfondi. La couche métallique initiale, versée sur le métal, avait certainement plus d'un dixième de millimètre d'épaisseur. C'est en raison de ces circonstances que le plomb coulé à la surface concave du miroir s'est bien mieux conservé et nous donne une idée plus exacte de l'éclat originel du miroir et de la netteté des images qu'il était susceptible de fournir.

En résumé, il résulte de cette étude que l'industrie des miroirs de verre doublé de métal était répandue dans tout l'Empire romain, depuis les Gaules et la Thrace jusqu'en Egypte : miroirs de petite dimension, très minces, découpés dans des ballons de verre soufflés, ce qui leur communiquait une forme convexe. Dans la concavité, on coulait une couche mince de plomb fondu ; le verre était si mince qu'il n'éclatait pas au contact du métal brûlant; puis on ajustait le miroir dans une garniture de métal, de plâtre, ou d'autres substances, telles que du bois. Je n'ai pas jusqu'ici connaissance expérimentale de l'emploi de l'étain pour un pareil usage, quoique cet emploi ait été consigné dans un texte d'Alexandre d'Aphrodisie. Les miroirs ainsi obtenus sont brillants et donnent des images nettes, comme le montre celui d'Antinoé ; mais ils sont altérables par l'air humide. Leur fabrication a continué pendant le moyen âge, ainsi que l'attestent les textes de Vincent de Beauvais, que j'ai cités précédemment (*Annales de Chimie et de Physique*, 7e série, t. XII, p. 458), et jusqu'au XVe siècle, époque où la découverte des propriétés de l'amalgame d'étain a permis d'étendre à froid le métal sur des surfaces planes et de donner au verre une solidité suffisante et une épaisseur convenable pour le dresser parfaitement, en même temps qu'on apprenait à le tailler régulièrement au diamant. On reconstitue ainsi l'histoire de toute une industrie.

Sur un nouveau Trichophyton produisant l'herpès chez le cheval (1). — MM. Matruchot et Dassonville. Nous avons eu l'occasion d'observer et d'étudier une épidémie d'herpès sévissant sur les chevaux du 12e régiment d'artillerie. Une quarantaine de chevaux ont été atteints ; les caractères des lésions, que nous allons décrire pour un cheval en particulier nous ont paru être sensiblement les mêmes pour la plupart des autres cas.

L'animal présente de nombreuses plaques d'herpès : les unes isolées, disséminées sur la croupe et l'épaule, les autres rassemblées sous la partie postérieure de la selle et comme confluentes.

Les plaques isolées sont perceptibles au toucher avant de devenir apparentes aux yeux : en passant la main sur la région malade, on constate l'existence de petites surélévations planes qui sont le début de la lésion. Quelques jours plus tard, les plaques deviennent visibles du dehors, parce que les poils y sont très fortement couchés. A cet état, les poils sont facilement caduques : le moindre effort de traction ou le plus léger frottement exercé à la surface d'une plaque détache, d'un seul bloc, tous les poils attaqués, lesquels restent maintenus à leur base par une croûte squameuse. La plaque enlevée, les couches profondes de l'épiderme apparaissent entièrement glabres ; la surface en est humide et de nuance rosâtre ou gris clair. Bientôt après, la plaque se dessèche, devient furfuracée ou farineuse et prend une teinte plus foncée, gris ardoisé. La lésion s'étend de proche en proche par la chute des poils périphériques, mais ne dépasse jamais 0m.03 de diamètre.

Dans la région de la selle, les plaques d'herpès passent par les mêmes phases de développement, mais par leur grand nombre et leur confluence elles peuvent déterminer des lésions de plus grande étendue, 4 à 5 centimètres de diamètre.

Au cours de cette épidémie d'herpès, plusieurs des hommes chargés de soigner les chevaux ont présenté des lésions en forme de plaques, se développant de préférence dans la région du cou. Tant pour établir la nature du parasite provoquant l'épidémie chez le cheval que pour voir si l'on doit y rattacher les lésions observées sur l'homme, nous avons essayé d'isoler, de cultiver et d'inoculer le champignon, cause de l'affection.

En semant sur divers milieux nutritifs soit des poils, soit des squames provenant de plaques d'herpès, nous avons obtenu le développement d'un assez grand nombre de moisissures. Parmi elles, nous avons distingué et isolé celle qui joue le rôle pathogène. C'est un *Trichophyton* qui se cultive particulièrement bien sur les milieux suivants :

Milieu Sabouraud. — Mycélium blanc, floconneux, formant des colonies circulaires qui atteignent plusieurs centimètres de diamètre. Dans les cultures âgées, la partie en contact avec le substratum devient d'abord jaune, puis rouge acajou ; mais la partie aérienne de la culture reste blanche.

Tranche de carotte. — Mycélium moins abondant, moins

(1) Travail fait au laboratoire de Botanique de la Sorbonne, dirigé par M. Gaston Bonnier.

floconneux, parfois légèrement rosé dans les parties aériennes, devenant jaunâtre à la longue dans les régions les plus humides de la culture.

Tranche de pomme de terre. — Mycélium végétant péniblement au moins au début, avec production abondante d'un pigment jaune. Par cultures successives, le champignon semble s'adapter au milieu et les colonies deviennent de plus en plus vigoureuses.

Étude microscopique. — Le poil extrait de la lésion et examiné au microscope se montre comme rempli, vers sa partie inférieure, de nombreuses spores ovales dont les dimensions moyennes sont 4-6 μ sur 2-4 μ. Ce sont des spores mycéliennes provenant du morcellement des filaments du champignon. Autour du poil, on observe aussi, mais en moins grand nombre, des filaments mycéliens ramifiés et partiellement transformés en spores.

Dans les cultures artificielles, ce *Trichophyton* présente un mycélium abondant, à filaments larges de 2 à 3 μ, relativement peu cloisonnés et ramifiés le plus souvent à angle droit. Sur ce mycélium prennent naissance, en nombre considérable, de petites spores dont le mode de développement est très caractéristique. Chacune d'elles naît comme un bourgeon latéral d'abord étroit, qui se renfle bientôt en une ampoule ovale ou allongée, rarement sphérique. Presque toute la masse protoplasmique de l'article émigre dans ces ampoules, puis celles-ci se cloisonnent à leur base et constituent alors des spores à pédicule étroit, à contour réfringent, très facilement caduques. Les dimensions les plus fréquentes des spores sont 3-4 μ sur 2-3 μ. Dans les parties fructifères, un même article du mycélium peut porter, en des points irrégulièrement distribués, plusieurs spores ; mais ces spores sont toujours solitaires.

En même temps que se forment ces spores latérales, les filaments mycéliens eux-mêmes se transforment partiellement et par endroits en chlamydospores : de courtes portions de filaments restent remplies d'un protoplasma réfringent, tandis que les portions adjacentes se vident, et à la maturité le filament se désarticule en une multitude d'éléments qui sont reproducteurs au même titre que les spores latérales. Ces chlamydospores ont des dimensions assez variables : longueur 3 à 10 μ, largeur 2 à 3 μ.

Chlamydospores et spores latérales se forment par le même processus, à savoir isolément, puis enkystement (intercalaire ou latéral) d'une petite masse de protoplasma. Ce sont, en somme, des éléments reproducteurs de même nature, et qu'on doit considérer comme étant tous des chlamydospores.

Jusqu'alors nous n'avons pas observé, dans nos cultures, d'autre forme reproductrice et, par suite, la place que doit prendre dans la classification ce *Trichophyton* reste encore indécise. Toutefois, par les caractères énumérés, et pour diverses raisons que nous nous réservons de développer plus tard, ce champignon et divers autres *Trichophyton* nous semblent devoir être rattachés aux Ascomycètes du groupe des Gymnoascées.

Inoculations. — Pour démontrer la nature pathogène du champignon étudié, nous avons tenté des essais d'inoculation à l'homme et au cobaye.

La seule expérience que nous ayons tenté sur l'homme a réussi (1). Au bout d'une quinzaine de jours s'est développée, au point d'inoculation, une plaque herpétique tout à fait caractéristique, dont nous avons suivi l'évolution.

Sur le cobaye, deux essais d'inoculation ont été effectués et tous deux ont donné des résultats positifs.

Il résulte de ces expériences que l'épidémie d'herpès, observée sur les chevaux du 12e régiment d'artillerie, est due à l'action d'un champignon que nous avons réussi à isoler, à cultiver, et dont nous avons vérifié expérimentalement la nature pathogène chez le cobaye et chez l'homme. Ce champignon est un *Trichophyton* voisin des espèces décrites par Sabouraud et par Bodin comme produisant des affections herpétiques ; mais il en diffère par des caractères tirés de l'étude clinique, de l'examen microscopique et des cultures.

Fonction physiologique du fer dans l'organisme de la plante (1). — M. Jules Stoklasa. On a reconnu depuis longtemps que le fer est nécessaire à la vie végétale ; les expériences de Gautier et de Molisch (2) ayant montré que le fer n'existe pas dans la chlorophylle, j'ai reconnu moi-même qu'il n'existe pas davantage dans la chlorolécithine, bien qu'elle renferme de 4 à 5 p. 100 de phosphore (3).

Des observations microscopiques avaient fait supposer l'existence du fer comme partie intégrante du noyau cellulaire, où il semblait être engagé en combinaison organique.

Ces observations m'ont conduit à supposer qu'il existait dans les végétaux une substance semblable à l'hématogène que Bunge (4) a extrait des jaunes d'œuf. En suivant la méthode qu'il a indiquée, j'ai réussi, en effet, à isoler une substance qui en possède presque exactement la composition.

Pour cela, des bulbes d'*Allium cepa*, secs et finement pulvérisés, ont été épuisés par l'éther, puis séchés de nouveau et mis à digérer avec une solution d'acide chlorhydrique étendu à un millième.

La solution, concentrée à la température de 30°-36°, a été ensuite soumise à la digestion artificielle, avec de la pepsine et de l'acide chlorhydrique, et le résidu, coloré en jaune brun, lavé à l'eau distillée, puis à l'alcool et à l'éther.

On obtient ainsi de l'hématogène impur, que l'on redissout dans l'ammoniaque faible et que l'on précipite de nouveau, après filtration, par l'alcool absolu ; après deux traitements de ce genre, le produit se présente sous la forme d'une poudre jaunâtre qui nous a donné à l'analyse les résultats suivants, intéressants à rapprocher de ceux qu'a obtenus Bunge, avec l'hématogène animal.

---

(1) Cet essai d'inoculation à l'homme a pu être tenté grâce à la bonne volonté aimable, à l'initiative intelligente de M. le médecin major René Lefort, du 12e régiment d'artillerie, auquel nous adressons nos plus vifs remerciements pour s'être courageusement prêté à l'inoculation faite sur lui-même.

(1) Travail exécuté au laboratoire de Chimie de l'Ecole polytechnique de Prague.

(2) *Eisen und ihre Berichungen zu der Pflanze*, von Dr H. Molisch. Iéna, 1892. (*Le fer et ses rapports avec les plantes.*)

(3) Dr Julius Stoklasa, *Ueber physiologische Funktion des Leathins in der Pflanze* (*Akademie der Wissenschaften*. Wien, 1896).

(4) J. Bunge, *Ueber die Assimilation des Eisens* (*Zeitschrift für physiologische Chemie*) ; Strasbourg, 1885.

	Hématogène végétal.	Hématogène de Bunge.
Carbone	43.05	42.19
Hydrogène	5.56	6.08
Azote	15.13	14.70
Phosphate	6.21	5.19
Fer	1.68	0.29
Soufre	0.28	0.55
Oxygène	28.09	31 00

Ces deux matières présentent, comme on le voit, presque exactement la même composition : la plus grande différence réside dans la proportion du fer, qui est notablement plus grande dans notre produit que dans celui de Bange.

Avec 1500 grammes de bulbes secs, nous avons obtenu de cette manière 1 gr. 9 d'hématogène ; 1 kilogramme de pois secs (*Pisum sativum*) nous a donné seulement 0 gr. 9.

Les propriétés de cette substance sont semblables à celles de l'hématogène animal.

Nous avons reconnu, par les observations chimiques et microscopiques, que le fer, dont la plus grande partie est localisée dans l'embryon ou l'endosperme, semble s'y trouver seulement sous forme organique. Pendant la germination, il est employé à former le noyau des cellules des jeunes organes. Plus tard, la plante en emprunte au milieu extérieur, où sa présence est nécessaire, car aussitôt que ce milieu en est privé, la plante périt ; ce qu'il est facile de montrer en essayant d'élever des jeunes maïs (Zea Mays) dans une solution nutritive exempte de fer. Il est impossible d'extraire de l'hématogène de ces plantes chétives.

L'expérience montre que les plantes sans chlorophylle se comportent de la même façon que les plantes vertes ; la preuve en a été faite avec le *Mucor mucedo*. On a vu, en outre, que les cultures de *Bacillus Megaterium* ne réussissent pas sans fer

Pour prouver la présence de l'hématogène dans les champignons, on a utilisé le cèpe comestible (*Boletus edulis*). 1000 grammes de ce champignon sec ont fourni 3 gr. 5 d'hématogène.

On peut donc déduire, de l'ensemble de ces observations, que le fer, aussi bien que le phosphore, fait partie intégrante du noyau cellulaire.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 août 1898. — *Présidence de* M. Panas.

Rapports de prix — M. Vallin lit un rapport sur le prix Clarens.

M. Porak lit un rapport sur le prix Capuron.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions des rapports ci-dessus.

SOCIETÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE

Séance du 8 juin 1898. — *Présidence de* M. L. Gourichon

Le procès verbal de la dernière séance est lu par M. Malbec, secrétaire.

A propos du procès-verbal, M. Billon dit qu'il désire faire observer à M. Séailles que, tout en approuvant l'esprit de la loi sur la déclaration des maladies contagieuses, il est permis de regretter que cette déclaration incombe aux médecins seuls et non aux familles. Cette observation est du reste en ce moment l'objet d'une discussion à l'Académie de médecine.

M. Billon fait remarquer aussi que, dans son arrondissement (le VIII[e]), ce que réclame M. Séailles est chose courante. Après chaque maladie contagieuse, il ordonne des bains sulfureux à domicile, et ces bains sont envoyés par les établissements de bains agréés par le bureau et pris sans difficulté.

M. Dufournier. Dans le XVI[e] arrondissement, des bons de bains sont distribués aux enfants des écoles.

M. Dorizon affirme que dans le VI[e] arrondissement M. le maire a déclaré qu'il ne peut plus donner de bains.

M. le Président, pensant que dans beaucoup d'arrondissements les bains ne sont pas accordés, propose d'adresser une demande à ce sujet à M. le Chef de la division des secours.

M. Bimsenstein accordant à sa consultation des bons de bains devant être pris à l'hôpital Saint-Antoine, il s'est trouvé que, les malades passant par la consultation de l'hôpital, quelques bains ont été refusés. Aussi demande-t-il que ce soit un *droit* pour nous d'en accorder et sans contrôle.

Après ces observations le procès-verbal est mis aux voix et adopté.

La correspondance comprend : des lettres d'excuses de MM. Gilbert, Kinzelbach et Séailles qui ne peuvent assister à la séance ; — les journaux habituels ; — une lettre du D[r] Bouël qui a quitté Paris depuis trois ans et qui confirme sa démission de membre de la Société ; — une lettre du D[r] L. H. Petit, secrétaire général du Congrès de la tuberculose, accusant réception de la lettre du secrétaire général qui lui annonçait la délégation de MM. Séailles et Dufournier ; — une lettre de candidature du D[r] Fauvel (XVII[e] arrondissement) 4, rue Gustave-Doré ; la commission chargée d'examiner cette candidature sera composée de MM. Séailles, Billon et Benoît, rapporteur.

Inauguration de la station d'ambulances municipales de la rue Caulaincourt. — M. le Secrétaire général. Le Président de la Société et son secrétaire général ont été convoqués la semaine dernière pour assister à l'inauguration de la station d'ambulances de la ville de Paris rue Caulaincourt, 78) XVIII[e] arrondissement). Les médecins des bureaux de bienfaisance du XVII[e] et du XVIII[e] arrondissement se trouvaient présents également.

La cérémonie était présidée par M. Weber, conseiller municipal, accompagné de notre collègue le D[r] A. J. Martin, à qui incombe l'organisation de ce service municipal. Vous avez pu lire dans le bulletin municipal officiel le discours de M. Weber, ainsi que celui de M. le sénateur Paul Strauss.

Nous avons visité et admiré tout d'abord la construction qui a été édifiée dans le but spécial d'être une station d'ambulances, aussi simplement que possible, mais dans d'excellentes conditions d'hygiène, de salubrité et de commodité. Après être passé par la chambre des internes, celle des infirmières (qui ne sont pas dans le même corps de bâtiment), la pharmacie, nous sommes descendus dans les écuries et dans les remises où sont rangées les voitures,

qui sont le modèle du genre et merveilleusement appropriées à leur service.

Tout nous a paru être préparé de manière à permettre de porter un secours rapide et judicieux à toutes les personnes qui ont pu éprouver un accident sur la voie publique et aussi de transporter à l'hôpital dans les meilleures conditions les malades indigents. Dans chaque voiture part, en effet, un interne ou une infirmière, qui sont logés et sont de service à tour de rôle.

Je voudrais cependant présenter une observation : Il serait à désirer que ce service d'ambulances soit limité seulement aux accidents sur la voie publique et aux transports dans les hôpitaux, et ne s'étende pas aux personnes malades subitement la nuit par exemple dans leur domicile. Il y a, en effet, dans chaque quartier, des médecins de nuit qui se trouveraient lésés dans leurs intérêts, si cela n'était pas ainsi. Il doit être entendu que le poste doit d'abord envoyer chercher le médecin de nuit.

Pour terminer, je dirai encore une fois que nous n'avons pu qu'admirer la superbe organisation du service dirigé par notre collègue M. A. J. Martin, et qui sera très utile à toute la population d'une partie importante de la rive droite.

Compte rendu de la visite du bureau à M. Peyron, ancien directeur de l'Assistance publique. — M. LE PRÉSIDENT. Messieurs, une délégation de notre Société, composée de MM. Gibert, Séailles, de Pradel, Yvon, Dufournier, Kinzelbach, Castinel, Malbec, Pascal, Billon et L. Gourichon, accompagnée de M. Baudoïun des Salles, chef de la division des secours, s'est rendue le 12 mai auprès de M. le Dr Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris, pour lui faire nos adieux.

Je lui ai adressé les paroles suivantes :

Monsieur le Directeur,

« Nous venons, au nom de la Société médicale des bureaux de bienfaisance, vous exprimer les vifs regrets que nous cause votre départ. Depuis treize ans que nous vous connaissions comme Directeur, nous nous étions habitués à vous considérer comme indispensable à la fonction : les événements nous ont donné tort.

Nous tenons à vous remercier de tout ce que vous avez fait pour le service des bureaux de bienfaisance : création de dispensaires, de pharmacies municipales, etc., etc., qui sont d'une utilité incontestable.

Mais nous vous sommes très reconnaissants de ce que vous avez fait pour nous. C'est sous votre direction que le concours a été admis comme mode de recrutement des médecins des bureaux de bienfaisance. C'est sous votre direction que nous sommes entrés au Conseil de surveillance. Enfin c'est vous qui nous avez maintenu l'indemnité fixe, et qui avez unifié l'indemnité des médecins dans chaque arrondissement.

Nos rapports ont été empreints de la plus franche cordialité. Vous avez bien voulu prendre notre avis sur toutes les questions d'ordre médical, et vous avez accueilli nos demandes avec la plus grande bienveillance. C'est que vous nous considériez comme des confrères, comme des collaborateurs dévoués que vous aviez associés à votre œuvre délicate et difficile.

Aussi, en vous renouvelant l'expression de nos regrets, permettez-moi de vous dire, Monsieur le Directeur, que dans votre retraite, vous emportez l'estime et la sympathie du corps médical des bureaux de bienfaisance de Paris. »

M. le Dr Peyron, très touché de notre démarche et très ému, a répondu :

Messieurs,

Je suis plus touché que je ne saurais le dire des regrets qui viennent de m'être exprimés au nom de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance et du témoignage trop flatteur rendu à ma bonne volonté.

Il n'y a pas d'homme indispensable et vous trouverez dans mon successeur, qui lui aussi appartient au corps médical, un concours aussi dévoué et une collaboration aussi affectueuse.

Pour seule richesse j'emporte dans ma retraite une provision de souvenirs : l'un des plus chers me sera toujours celui de la constante cordialité de nos rapports.

Le Directeur vous quitte. Le confrère vous reste toujours ami. »

Compte rendu de la visite du bureau de bienfaisance à M. Napias, nommé Directeur de l'Assistance publique de Paris. — M. LE PRÉSIDENT rend compte de la visite qu'à faite le bureau de la Société à M. le Dr Napias ; l'entrevue a été très cordiale.

Après les félicitations au nom de la Société pour sa récente nomination, M. L. Gourichon indique le but que poursuit la Société médicale des bureaux de bienfaisance, bientôt cinquantenaire : 1° amélioration de toutes les parties du service des secours médicaux accordés à domicile aux indigents ; 2° resserrer l'union des médecins des bureaux de bienfaisance et maintenir l'honneur de la profession.

M. le président rappelle la tâche considérable qui incombe aux médecins des bureaux de bienfaisance. Ils n'ont pourtant que des moyens restreints pour remplir leur mission. Faisant un parrallèle entre le service hospitalier et le service de l'assistance médicale à domicile, M. L. Gourichon montre que le premier est privilégié, ayant à sa dispostion des laboratoires, des pièces de pansement, des aliments, des médicaments de toute nature, tandis que le second ne peut même pas prescrire du lait pour les malades qui en ont besoin et est enserré dans un vieux formulaire qui limite étroitement le nombre et la quantité des médicaments. Ce sont cependant les mêmes malades qui sont traités soit à l'hôpital, soit à domicile.

La Société compte sur M. le Directeur de l'Assistance publique pour l'aider à obtenir la délivrance du lait aux malades traités à domicile, et pour hâter les travaux de la Commission dite des médicaments.

M. le Directeur de l'Assistance publique a remercié le bureau de sa démarche à laquelle il a été très sensible. Tout en reconnaissant la justesse de nos desiderata, qu'il s'emploierait à faire aboutir, il a déclaré qu'il avait à tenir compte de considérations budgétaires qui étaient la pierre d'achoppement de bien des réformes. En tout cas, nous considérant comme des collaborateurs dévoués pour toutes les questions d'assistance dont il se préoccupe, et dont il serait heureux de prendre l'avis, le cas échéant, il nous a priés de lui apporter les conclusions de nos études pour l'amélioration du service médical à domicile.

Analyse de l'annuaire statistique de la Ville de Paris (Année 1895) en ce qui concerne le service médical à domicile, par le Dr BILLON. — J'ai employé le même ordre que dans l'analyse faite par moi l'an dernier, afin que les

recherches et les comparaisons soient rendues plus faciles; dans ce but, je me suis servi à peu près des mêmes phrases, les chiffres seuls étant changés.

Traitement des malades à domicile pendant l'année 1894. — 128.718 individus ont été secourus, dont :

56.447 indigents.
69.271 nécessiteux.

17.463 carnets de maladie ont été délivrés aux indigents.
56.385 carnets de maladie ont été délivrés aux nécessiteux.

73.843 au total.

Plus de la moitié des individus secourus ont donc fait appel au médecin.

Moyenne 0/0 : 23,63 indigents.
— 76,35 nécessiteux.
60.391 malades dans leurs meubles.
13.457 malades en garni.
Moyenne 0/0 : 81,79 dans leurs meubles.
— 18,21 en garni.
Le XIXe arrondissement a 7.888 carnets délivrés,
Le XXe — — 9.135 —

Les malades en garni sont principalement dans les XVIIIe, XIXe et XXe arrondissements. Au contraire, dans le VIIIe, on ne compte que 10 malades en garni sur 643 carnets délivrés.

Les malades se divisent en :

16.823 hommes âgés de plus de 14 ans.
26.209 femmes. —

Total : 43.032

et 15.410 garçons de moins de 14 ans.
15.406 filles —

Total : 30.816

1.283 individus ont été jugés non malades à la première visite ou non susceptibles d'une deuxième visite.

72.146 ont été maintenus en traitement.

Le Ier, le IXe, et le Xe arrondissements ont maintenu tous leurs malades en traitement.

Détail des radiations des individus maintenus en traitement :

Malades guéris	17.864
Renvoyés aux consultations	52.940
Chroniques	3.888
Transports à l'hôpital	7.293
Sorties pour causes diverses	11.376
Décédés	4.001

Proportion des malades décédés aux malades maintenus : 4,10 p. 100.

Dans le IXe arrondissement, cette proportion est de 7,05 et dans le XIXe, de 2,60.

Le nombre des journées de maladies est de 680.435. Il varie depuis 86.604 dans le XIVe à 9.716 dans le IIIe.

La durée moyenne du traitement est de 23,95 dans le IXe à 2,08 dans le XIIIe; moyenne générale 7,08.

Etablissons maintenant une comparaison avec les chiffres des hôpitaux dans cette même année 1894 : 163.817 malades sont entrés dans les services de médecine et de chirurgie; 15.667 sont morts.

Il y a eu 4.512.196 journées de maladies; la mortalité moyenne est de 10,45; la durée moyenne du séjour est de 26,51.

La mortalité moyenne en médecine est de 9,12; la durée de séjour 26,16.

La mortalité moyenne en chirurgie est de 18,76; la durée de séjour 27,56.

Accouchements. — 15.566 femmes ont demandé les sages-femmes du service à domicile, dont 1,046 indigentes, et 14.520 nécessiteuses. 11,78 étaient dans leurs meubles, 3,988 étaient en garni; — femmes ou veuves : 12.659; filles mères 2,907 dont 603 dans le XXe arrondissement et 1 dans le VIIIe.

Renseignements sur les sorties : 12.001 guéries, 60 transportées à l'hôpital, 2.000 sorties pour causes diverses, 15,05 en traitement au 31 décembre 1894, — *pas de morts.*

Service des vaccinations en 1894 par les bureaux de bienfaisance.

Vaccinations 19.894
Revaccinations 3.044

Le IIe arrondissement 2.322 et le XVIIIe 2.332, ont le plus de vaccinations.

Le XIVe, 465, et le XIXe, 542, ont le plus de revaccinations.

Voici ensuite quelques indications que j'ai cru devoir intéresser nos collègues :

Classifications des indigents en :

10.424 indigents nés à Paris.
1.013 nés dans le département de la Seine.
37.362 dans les départements.
1.095 sont étrangers dont :
430 Belges.
358 Allemands.
71 Italiens.
66 Suisses etc., etc.

Etuves municipales. — Les désinfections demandées par les bureaux de bienfaisance et les médecins de ce service ne sont pas encore indiquées, malgré notre demande de l'année dernière.

Ambulances municipales. — 5.451 transports ont été demandés par les bureaux de bienfaisance.

Nous signalons de nouveau à M. Bertillon que la nomenclature des maladies diverses, la cause des décès, etc., sont bien indiquées pour les hôpitaux, mais il n'existe rien de spécial à ce sujet pour les bureaux de bienfaisance.

En 1895, il y avait :

2.559	docteurs en médecine, dont	2.272	à Paris
89	officiers de santé dont	80	«
1.421	sages-femmes, dont	1.150	«
130	chirurgiens-dentistes, dont	125	«
1.239	pharmaciens, dont	987	«

61 médecins sont décédés dont 5 femmes docteurs.
9 de 20 à 39 ans, dont 1 femme.
18 de 40 à 59 ans, dont 2 femmes.
34 de 60 et au-dessus, dont 2 femmes.

Causes des décès (médecins et dentistes réunis) :

Phtisie et tuberculose	8	Hernies	1
Cancers	4	Foie et reins	4
Apoplexie, paralysie	8	Suicides	2
Cœur	6	Autres morts violentes	1
Organes respiratoires	13	Autres causes de décès	19

Communication de MM. Séailles et Dufournier, délégués de la Société au Congrès de la tuberculose. — M. Dufournier expose oralement les idées que développeront les délégués de la Société au Congrès et indique les conclusions qui pourraient être présentées :

Les médecins des Bureaux de bienfaisance sont évidem-

ment des mieux placés pour constater les cas de contagion à domicile et leurs causes ; aussi notre concours doit-il être des plus précieux et des plus indispensables dans la lutte contre la tuberculose.

Voici les mesures que nous avons l'honneur de proposer :

1° Demande réitérée de désinfection des locaux habités par les tuberculeux.

Distribution de crachoirs.

(Travaux de MM. Séailles et Bimsenstein ;

2° Demande de distribution de lait, poudre de viande, féculents, etc.

3° Décentraliser les hôpitaux, et installer de petits hôpitaux de quartier.

Etablissement de sanatoria.

Enfin plus tard, placement familial à la campagne des infirmes du poumon, non contagieux, au même titre que les vieillards et les individus atteints de maladies cérébrales.

En résumé, en présence des résultats mauvais de la thérapeutique dans le traitement de la tuberculose, c'est à l'hygiène et à la prophylaxie par la désinfection qu'il faut s'adresser. Aussi les rapporteurs proposent-ils des réformes immédiatement possibles telles que :

1° La désinfection des locaux, la distribution de crachoirs et de plaquettes-instruction concernant la transmission des maladies contagieuses ;

2° L'hygiène alimentaire consistant en distribution de lait, poudres nutritives de viande et de légumes, et posent les desiderata suivants :

a. La décentralisation des tuberculeux dans de petits hôpitaux *extra muros*.

b. La création de sanatoria.

c. Le placement familial.

M. Noir dit qu'au Congrès de Rouen les petits hôpitaux furent préconisés en opposition aux sanatoria; quant au placement familial, il pense qu'on doit le réserver aux tuberculeux non avérés, aux candidats à la tuberculose, aux scrofuleux.

Le Congrès de Rouen a adopté un vœu de rapatriement des tuberculeux dans leurs provinces, auprès des municipalités.

M. Malbec trouve que le placement dans une famille étrangère est mauvais même à la campagne. Pourquoi ne pas soigner le malade dans sa famille?

M. Noir assimile les tuberculeux à la catégorie d'aliénés soignés dans les familles.

M. Pascal s'oppose au placement familial des tuberculeux, comme devant créer autant de foyers nouveaux et proteste au nom de l'hygiène générale.

M. Billon s'étonne que, dans le rapport et dans cette discussion, on n'ait pas parlé de la possibilité de soigner les tuberculeux à domicile, ce traitement à domicile nous intéressant directement en fait nous, médecins des Bureaux de bienfaisance.

M. Dufournier répond que l'on soigne actuellement les tuberculeux à domicile et que c'est précisément parce que cette manière a été reconnue défectueuse que des desiderata sont déposés au point de vue de l'hygiène générale.

M. Prieur demande la création de *Colonies agricoles* et est d'avis d'envoyer à la campagne les tuberculeux quand une famille veut bien se charger de les recevoir.

La Société, consultée par le Président, décide que le rapport de MM. Dufournier et Séailles devra être écrit et terminé pour la prochaine séance, où les conclusions pourront être discutées et votées avant d'être présentées au Congrès.

M. le Président annonce que la Société s'est abonnée à la *Revue philanthropique* et que M. Strauss enverra gratuitement les numéros déjà parus.

Des remerciements sont adressés à M. G. Weil dont les démarches ont été couronnées de succès dans cette affaire.

Une commission est nommée pour la *Révision des statuts*, composée du Bureau et de MM. Rotillon, Weil, Dorizon, Prieur.

A l'occasion d'un fait récent et pour en prévenir le retour, MM. H. Gourichon et Malbec proposent l'ordre du jour suivant :

« Les médecins des Bureaux de bienfaisance devront être avertis immédiatement par la municipalité ou l'administration de toute plainte écrite portée contre eux et qui serait retenue. »

Cet ordre du jour, adopté à l'unanimité, sera transmis sous forme de vœu à l'administration.

La séance est levée à 11 heures.

Le secrétaire des séances : Dr Pascal.

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE

Tenu à Paris du 27 juillet au 2 août 1898, sous la présidence de M. Nocard.

(*Suite* (1).

Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose. M. Béclère, *rapporteur*. — Entre la radioscopie et la radiographie, il n'y a pas à faire choix de l'une au détriment de l'autre pour le diagnostic de la tuberculose ; on doit employer ces deux moyens d'investigation en se réglant sur les indications. L'examen radioscopique, indispensable pour étudier les mouvements des organes thoraciques, suffit le plus souvent au médecin désireux de rechercher leur état pathologique à l'aide des rayons de Röntgen. Mais si l'observateur veut conserver un document immuable et impersonnel, surtout s'il se propose de découvrir des différences de transparence minimes et de peu d'étendue, comme en détermine au sommet des poumons la tuberculose à ses débuts, alors la radiographie devient nécessaire. Cependant l'examen à l'écran doit toujours la précéder : il joue le rôle de la glace dépolie ou de la chambre claire des appareils de photographie, il indique la meilleure position à donner au sujet, à l'ampoule et à la plaque sensible pour obtenir de l'épreuve radiographique les renseignements cherchés.

Les renseignements fournis par la nouvelle méthode d'exploration n'ont rien de spécifique, rien de pathognomonique ; pour le diagnostic de la tuberculose, en particulier, on ne saurait jamais leur demander la rigoureuse certitude que donne la constatation du bacille de Koch dans l'expectoration. La radioscopie et la radiographie nous renseignent sur la forme, les dimensions, la situation et les mouvements des organes thoraciques, elles nous révèlent les changements de perméabilité survenus dans

(1) V. *France médicale*, 5 août 1898.

des organes normalement transparents aux radiations nouvelles comme les poumons et leur enveloppe, nous indiquent le degré, le siège et l'étendue de ces changements de perméabilité, mais directement ne peut nous apprendre rien de plus. Les méthodes usuelles d'examen physique, l'auscultation, la percussion, la recherche des vibrations thoraciques ne nous révèlent pas non plus autre chose que des changements survenus dans les conditions physiques des organes. C'est l'esprit qui met en œuvre les données fournies à nos sens par ces diverses méthodes, qui les rapproche, les compare, les interprète et en tire des jugements, le diagnostic auquel il parvient est toujours le fruit d'un travail intellectuel. Comme personne ne conteste les services rendus au diagnostic médical par les méthodes usuelles d'examen physique, on ne saurait contester davantage ceux que peuvent fournir la radioscopie et la radiographie à condition de ne leur demander que ce qu'elles peuvent donner.

Seule la tuberculose humaine devra nous occuper. Encore limiterons-nous notre étude au diagnostic des localisations intra-thoraciques de cette maladie, et nous rangerons sous trois chefs, pour la commodité de l'étude et de l'exposition, tous les cas si dissemblables de lésions tuberculeuses de l'appareil respiratoire, suivant qu'il s'agit de la tuberculose latente chez des sujets bien portants, de tuberculose soupçonnée ou seulement redoutée chez des malades, en un mot de tuberculose douteuse ou bien enfin de tuberculose certaine. Nous terminerons par un quatrième et très court chapitre, celui de la tuberculose affirmée à tort, en d'autres termes celui des maladies qui simulent la tuberculose.

I. Tuberculose latente. — Sous cette appellation nous envisagerons surtout les lésions tuberculeuses cachées sous les apparences d'une santé parfaite et ne se révélant par aucun signe physique non plus que par aucun trouble fonctionnel. C'est une notion courante, enseignée par tous les anatomo-pathologistes depuis Laënnec, que la fréquence avec laquelle on rencontre, à l'autopsie des sujets, de tout âge, morts d'affections diverses ou frappés, en pleine santé, de mort violente, des foyers tuberculeux anciens, en voie de transformation fibreuse ou caséo-calcaire dans les ganglions bronchiques, au sommet des poumons, des plèvres, alors que pendant la vie aucun symptôme n'avait fait songer à l'existence d'une affection tuberculeuse. Il est aussi de notion courante qu'à l'autopsie des sujets morts de phtisie aiguë granulique on trouve presque constamment des foyers caséeux plus ou moins anciens qui, jusqu'à l'explosion des accidents aigus terminaux, n'avaient donné aucun signe de leur présence ; il y a longtemps, on le sait, que Buhl a attribué à ces vieux foyers caséeux le rôle primordial dans le développement de la tuberculose miliaire aiguë.

Tous les groupes humains, enfants dans les écoles, ouvriers dans les ateliers, détenus dans les prisons, soldats dans les casernes, renferment donc en plus ou moins grand nombre des individus porteurs de tubercules latents et qui, cependant, présentent les signes habituels d'une excellente santé. Pour l'armée, le fait a été mis en évidence par les travaux de L. Colin, Laveran, Vaillard, Kelsch. Ce dernier, en collaboration avec Boinon, a démontré, dans une communication faite à l'Académie de médecine, que s'il était utile de connaître le poids, la taille et la capacité respiratoire des jeunes soldats, la radioscopie constituait un précieux appoint dans l'appréciation de leur valeur physique, de leur présent et de leur avenir pathologique. Au moment où on se préoccupe, à bon droit, des mesures à opposer au développement de la tuberculose dans l'armée, il a fait voir quels services la radioscopie était appelée à rendre dans le diagnostic précoce de cette maladie. Il faut souhaiter que son exemple soit suivi, qu'il porte ses fruits et que ce complément, apporté aux méthodes habituelles d'examen, contribue à diminuer le nombre des soldats tuberculeux.

Mais ce n'est pas seulement au seuil de la vie militaire que le nouveau mode d'exploration pourra rendre des services. Utile à tout âge, il sera précieux surtout chez les jeunes sujets, chez les adolescents, chez les enfants, en dehors de toute maladie apparente, pour le médecin chargé de la surveillance de leur santé et de la direction de leur hygiène. Combien de lésions exiguës, mais grosses de redoutables conséquences pour l'avenir, pourront ainsi être de bonne heure reconnues par le médecin, assez tôt pour lui permettre de donner les conseils convenables et de prendre les mesures nécessaires.

L'appellation de tuberculose latente ne doit pas s'appliquer seulement aux lésions tuberculeuses cachées sous les attributs extérieurs de la force et de la santé. Elle convient également aux cas si nombreux où la tuberculose se dissimule sous le masque de l'anémie, de la chlorose, de la dyspepsie, de la neurasthénie sans qu'aucun signe, aucun trouble fonctionnel trahisse les altérations pulmonaires à leur début. Dans ces divers états morbides on peut supposer que l'examen radioscopique révélera des lésions cachées plus souvent encore que chez les jeunes soldats, c'est-à-dire plus de deux fois sur cinq, et qu'il dévoilera de meilleure heure, sous le syndrome banal, sa cause spécifique, mais il nous faut avouer que, sur ce point, les observations font défaut. Tôt ou tard, d'ailleurs, chez les malades de cette catégorie, une petite toux sèche, l'expectoration de quelques filets de sang, des douleurs thoraciques viennent témoigner d'un trouble dans la fonction respiratoire. La tuberculose ne peut se révéler encore par aucun des signes habituels, elle ne mérite plus tout à fait d'être appelée latente, déjà elle est soupçonnée, au moins redoutée, si elle ne l'était pas tout d'abord. Il convient de citer encore toutes les formes aiguës si diverses d'embarras gastrique, de fièvre synoque, de fièvre typhoïde que revêt la phtisie granulique sans que rien attire l'attention sur l'appareil respiration. Si l'on se rappelle ce que quelques auteurs désignent sous le nom de loi de Buhl, l'existence presque constante de foyer caséeux anciens pulmonaires, pleuraux ou ganglionnaires dans ces cas de tuberculose miliaire aiguë, il est vraisemblable que l'examen radioscopique pourra souvent venir en aide à un diagnostic toujours très difficile, mais pas plus que pour l'anémie, la chlorose, la dyspepsie et la neurasthénie symptomatiques, nous ne connaissons encore d'observations probantes.

II. Tuberculose douteuse. — Sous cette rubrique, nous grouperons tous les cas si nombreux où une altération de l'état général, diminution des forces, fièvre, dénutrition, ou bien un trouble respiratoire, toux persistante, bronchite, hémoptysie, pleurésie, fait redouter au médecin la tuberculose et attire avec sollicitude son attention sur les poumons, sans que les signes physiques, absents ou incertains, l'autorisent à porter un diagnostic sûr.

Dans tous ces cas, l'expectoration purulente fait défaut

ou, si elle existe, on n'y trouve pas de bacilles de Koch. L'apparition des bacilles dans les crachats n'est un signe précoce que par exception, dans la forme rapide de la phtisie pulmonaire, dans la phtisie galopante. Au contraire, dans les formes banales, communes, c'est un signe tardif puisqu'il coïncide avec le ramollissement et la fonte ulcéreuse des tubercules. Attendre la présence des bacilles dans l'expectoration pour affirmer la tuberculose, c'est donc, comme l'a bien montré le prof. Grancher, s'exposer à perdre un temps précieux dans une maladie où la thérapeutique est surtout efficace quand elle intervient sans retard et dès le début. A défaut de ce signe de certitude, dans la tuberculose pulmonaire commune, c'est aux renseignements fournis par l'auscultation, la percussion et la recherche des vibrations thoraciques qu'on demande le diagnostic, à la période de conglomération ou d'accumulation des tubercules, c'est-à-dire, suivant la classification de Laënnec, au premier degré de la phtisie. « Quand on considère, dit M. Grancher, quelle accumulation de tubercules il faut pour produire une modification sensible du son et des vibrations locales au sommet des poumons, soit en avant, soit en arrière, quand on songe quel temps a dû s'écouler depuis le début du processus jusqu'à la formation de ces masses compactes, on reste convaincu de la nécessité de faire un effort pour reporter le diagnostic à une autre date plus rapprochée de la naissance du néoplasme. » Cet effort, on sait avec quel succès M. Grancher l'a accompli. Reconstituant la *phtisie occulte* de Bayle sous le nom de *période de germination* des tubercules, il a montré qu'elle précédait de plusieurs mois, de plusieurs années même, le moment de leur conglomération, il a insisté sur la nécessité d'un diagnostic précoce et a enseigné avec autorité le devoir pour le médecin de reconnaître les tubercules pendant leur période de germination ou du moins quand ils sont encore discrets, à peine conglomérés. Perfectionnant l'étude des respirations anormales, il a démontré que ces légères altérations du murmure vésiculaire constituent le plus souvent les seuls signes des tubercules à la période de germination et n'a pas hésité à affirmer que l'une quelconque de ces respirations anormales, respiration rude, respiration grave, respiration saccadée, respiration faible, suffisait dans certaines circonstances, sans accompagnement de bronchophonie, de matité, de craquements, pour faire le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Ainsi M. Grancher a rendu aux tuberculeux des services dont on ne saurait exagérer l'importance.

Mais, pour distinguer sûrement de minimes altérations du murmure vésiculaire, une simple diminution de sa douceur, de son moelleux physiologique, combien il faut que l'oreille du médecin soit exercée! Comme il s'agit de nuances délicates, on comprend que ces sensations diffèrent d'un observateur à l'autre, et toujours elles demeurent personnelles, puisqu'elles ne peuvent être mesurées ni enregistrées.

Dans la phtisie commune, à aucun moment, le diagnostic n'est à la fois si nécessaire et si difficile qu'à cette période de germination des tubercules. Quant à l'épreuve par les injections sous-cutanées de tuberculine, son innocuité absolue n'est pas assez certaine pour que le médecin ait le devoir de la proposer aux malades qui, d'ailleurs, se refuseraient souvent à l'accepter.

On comprend donc quel intérêt de premier ordre il y aurait, à cette période, à juger de l'existence, du siège et de l'étendue des lésions à l'aide des yeux plutôt qu'avec l'oreille et surtout à enregistrer, sous une forme immuable et impersonnelle, l'image de ces lésions. Dans la poursuite du diagnostic précoce de la tuberculose commune, la radioscopie et la radiographie peuvent-elles devancer les autres modes d'examen? Tel est, sans aucun doute, le point capital du sujet que nous étudions.

a. *Tubercules pulmonaires.* — Le professeur Bouchard, dès sa seconde note à l'Académie des sciences, résolut la question en relatant le cas d'un homme chez qui les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, tandis que l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles et que les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain ; chez cet homme la radioscopie montra que le sommet de l'un des poumons était moins perméable et, quelques jours après l'auscultation comme l'examen bactériologique ne laissaient pas le moindre doute. En Italie, le professeur Maragliano, dans sa communication au Congrès de Naples, ne fut pas moins affirmatif.

Au Dr Williams revient surtout le mérite d'avoir montré que, pour le diagnostic précoce de la tuberculose, la diminution de la transparence normale du poumon à son sommet n'est pas le seul signe fourni par la radioscopie et qu'elle en fait voir deux autres. C'est d'abord une moindre étendue de l'image pulmonaire d'un côté ; ce signe indique une diminution dans le volume du poumon correspondant. C'est surtout un changement dans la position et dans les mouvements de l'une des moitiés du diaphragme. Du côté malade, le diaphragme, à la fin des inspirations, surtout des inspirations volontairement profondes, descend moins bas que du côté sain tandis qu'à la fin de l'expiration il remonte aussi haut des deux côtés. Ce signe, très important, témoigne qu'une des moitiés du diaphragme rencontre, pendant l'inspiration, plus de résistance que l'autre moitié à allonger le diamètre vertical du poumon correspondant et indirectement fait soupçonner que quelque induration rend moins extensible qu'à l'état normal une portion de son parenchyme. De fait, ce signe peut accompagner les lésions de toute nature qui solidifient le tissu pulmonaire. M. Williams a montré sa fréquence dans la pneumonie et sa persistance tant que le poumon n'a pas retrouvé, avec son intégrité anatomique, sa transparence normale. Cette diminution de l'excursion d'une moitié du diaphragme peut être exactement mesurée : il suffit de tracer sur la peau du malade des lignes correspondant aux positions extrêmes de l'ombre du muscle, à la fin de l'inspiration et de l'expiration.

Tels sont donc les deux signes principaux, à l'examen radioscopique, de la tuberculose commençante : diminution dans la clarté de l'image pulmonaire au sommet et diminution de l'abaissement du diaphragme du côte malade.

La diminution de la transparence du sommet aux rayons de Rœntgen peut certainement devancer l'apparition de la bronchophonie, de la matité, des craquements. Mais l'examen radioscopique peut-il devancer l'auscultation au point de déceler des lésions que n'accompagne aucune anomalie, si légère soit-elle, du murmure vésiculaire? C'est très vraisemblable, mais cela n'a été expressément affirmé par personne.

Quoi qu'il en soit, il est prouvé que de très bonne heure, dans la phtisie commune, la radioscopie peut aider au diagnostic, en confirmant les signes encore minimes et incertains donnés par une auscultation très attentive. La conséquence pratique, c'est que le médecin a le devoir de soumettre à l'examen radioscopique tous les malades chez qui il suspecte ou redoute la tuberculose, mais il ne s'ensuit nullement qu'on puisse négliger l'emploi des autres modes d'examen et qu'en particulier l'étude des respirations anormales ne doive pas être minutieusement poursuivie. Car, avec tous les médecins ayant examiné à l'écran fluorescent un certain nombre de tuberculeux, nous avons trouvé des malades chez qui la radioscopie ne révélait pas de différence de transparence entre les deux sommets, tandis que l'auscultation indiquait d'un côté des troubles certains du murmure respiratoire. La radioscopie ne devance pas toujours l'auscultation, mais est souvent devancée par elle. Les conditions de ces différences ne sont pas encore bien déterminées. L'exiguité et la dissémination des lésions sont sans doute au nombre des causes qui empêchent leur révélation à l'écran. D'autres causes interviennent et, au premier rang, l'existence de l'emphysème vésiculaire si fréquent au voisinage des lésions tuberculeuses du poumon. Mais dans ces cas où l'examen radioscopique se montrent inférieur à l'auscultation, c'est une question de savoir s'il faut incriminer surtout la méthode ou l'observateur.

En tout cas, chez un sujet suspect de tuberculose, il ne faut pas se contenter de l'examen radioscopique ; si celui-ci ne donne que des résultats incertains, il y faut joindre l'examen radiographique qui, souvent, montrera de façon sûre, précise et impersonnelle, ce que l'écran n'aura pas révélé.

b. *Pleurésie diaphragmatique tuberculeuse.* — Elle est loin d'avoir toujours les allures bruyantes qu'on lui décrit communément. M. Rendu a montré la fréquence d'une forme très atténuée aux manifestations sourdes presque insignifiantes, et qui ne se révèle que grâce à une soigneuse exploration de points douloureux spéciaux. C'est toujours une question difficile que celle de savoir si cette névralgie phrénique est liée ou non à une inflammation de la plèvre diaphragmatique. Chez ces malades, l'examen du contour et des mouvements du diaphragme peut fournir des renseignements précieux.

c. *Pleurésies sèches tuberculeuses.* — La radioscopie peut révéler des pleurésies sèches et plus particulièrement des pleurésies diaphragmatiques dont l'existence bien constatée aide au diagnostic de la tuberculose à ses débuts, car tous les médecins admettent aujourd'hui que la tuberculose est la condition étiologique la plus habituelle de la pleurésie sous toutes ses formes anatomiques.

d. *Tuberculose pulmonaire à début pleurétique.* — C'est la tuberculose pleuro-pulmonaire de Grancher où la lésion du poumon est marquée à l'origine par une pleurésie qui a le début et les allures d'une pleurésie dite franche et survient plus ou moins brusquement au milieu de toutes les apparences de la meilleure santé. Le problème qui se pose est celui-ci : étant donnée une pleurésie en apparence simple, franche, le parenchyme pulmonaire est-il compromis en même temps ou le poumon est-il sain? Existe-t-il une pleurésie simple ou une tuberculose pleuro-pulmonaire ? Nous devons à M. Grancher la connaissance des signes délicats qui, dans bon nombre de cas, derrière l'épanchement pleural, décèlent les lésions pulmonaires. Si le liquide épanché ne dépasse pas la troisième ou au plus la seconde côte, il existe du tympanisme sous-claviculaire avec augmentation des vibrations locales comme dans les épanchements pleurétiques simples, mais la respiration est affaiblie, ou faible et rude à la fois, ou rude. Ces signes de congestion du sommet sont presque toujours l'indice d'une lésion tuberculeuse qui évoluera au bout d'un temps variable, plusieurs mois ou plusieurs années après le début pleurétique de la maladie.

Nous n'avons pas encore eu l'occasion de comparer, chez les pleurétiques, les diverses associations de signes physiques sous-claviculaires et les divers schèmes décrits par M.Grancher, en particulier le schème dit n° II sur lequel il fait reposer principalement le diagnostic précoce de la tuberculose avec les résultats fournis par l'examen radioscopique et radiographique, c'est un des nombreux points qui réclament de nouvelles recherches, mais, dès maintenant, on est en droit d'affirmer que, dans les cas de pleurésie en apparence simple et primitive, le sommet du poumon devra être soigneusement exploré à l'aide des rayons de Rœntgen ; il est vraisemblable qu'ils y révèleront une diminution de la transparence normale. Cette diminution de transparence témoignera d'une condensation du tissu pulmonaire qui ne sera pas forcément d'origine tuberculeuse, car elle pourra dépendre d'une simple congestion du sommet, mais dans bien des cas ce signe de présomption possèdera, aussi bien que le schème de M. Grancher et peut-être même en l'absence de celui-ci, la valeur d'un signe de certitude.

Phtisie aiguë. — A défaut d'observations précises, nous ne ferons que signaler le secours que, dans la forme suffocante de la granulie, l'emploi des rayons de Röntgen peut apporter au diagnostic : en l'absence de signes d'auscultation, il montrerait un aspect finement et légèrement tacheté de l'image pulmonaire dans toute son étendue, mais nous n'avons pas eu l'occasion de le vérifier. Par contre, quand la phtisie aiguë revêt la forme de bronchopneumonie lobulaire ou pseudo-lobaire, les rayons de Röntgen peuvent servir à préciser le siège et l'étendue des lésions, mais ne sauraient indiquer leur nature mieux que les autres modes d'examen.

III. Tuberculose certaine. — Les malades chez qui l'examen radioscopique et radiographique aide au diagnostic précoce d'une tuberculose douteuse s'engagent, suivant les circonstances, dans des voies très diverses. Les uns reviennent à la santé, ils rentrent dans la tuberculose latente des sujets bien portants. Dans ces cas, les rayons de Röntgen servent à constater l'arrêt et le retrait des lésions et même un moment vient où ils ne font plus voir que les stigmates d'une tuberculose guérie.

Plus fréquemment, la maladie poursuit son cours, et la tuberculose devient certaine. A cette période la radioscopie et la radiographie conservent toute leur importance pour la délimitation des lésions, sur laquelle elles renseignent mieux que les autres modes d'examen. Tantôt elles font découvrir que la tuberculose n'est pas limitée à un seul côté en montrant au sommet du poumon supposé sain un défaut de transparence, tantôt elles révèlent, dans l'un des poumons ou dans les deux, que les signes fournis par l'auscultation et la percussion ne correspondent qu'à une faible partie des lésions.

Les cavernes se traduisent à l'écran fluorescent par des

espaces clairs, plus ou moins brillants, mais des cavernes, dûment reconnues par l'auscultation, échappent complètement à l'examen radioscopique : l'augmentation de clarté qui devrait résulter de la présence de l'air dans leur cavité est surpassée ou compensée par la diminution de clarté qu'entraîne la condensation du tissu fibreux de leurs parois et du parenchyme pulmonaire environnant.

Les tubercules pulmonaires sont souvent l'origine et le centre de poussées congestives, plus ou moins étendues, qui se traduisent sur l'écran fluorescent par une diminution de la clarté normale du poumon. Les ombres qui leur correspondent pourraient facilement tromper le médecin sur l'étendue des lésions tuberculeuses si, pour les distinguer des ombres de ces dernières, il n'était attentif aux caractères suivants. L'ombre des parties du poumon seulement congestionnées offre une teinte plus claire, elle s'atténue notablement et disparaît presque dans les inspirations profondes, enfin des examens successifs montrent qu'elle présente, à quelques jours d'intervalle, de grandes variations dans son étendue et son intensité.

Dans le pneumothorax le côté de la poitrine qui est le siège de cette complication apparaît comme un verre à moitié plein d'encre, sous la forme de deux zones superposées; l'une supérieure très claire correspond à l'air qui emplit la cavité pleurale, l'autre inférieure très sombre traduit l'opacité de l'épanchement liquide, séreux ou purulent, accumulé à la partie la plus déclive de la plèvre. La ligne de séparation de ces deux zones est rigoureusement horizontale; elle demeure telle et contraste avec le changement de direction des côtes quand le malade quitte la position verticale pour s'incliner lentement à gauche ou à droite, mais elle ondule et forme des vagues s'il fait quelque mouvement brusque; c'est le phénomène de la succussion hippocratique devenu visible et pouvant être vu simultanément par de nombreux spectateurs. Ces signes concordent exactement avec ceux que fournissent les autres méthodes. Mais la supériorité des rayons de Röntgen sur les procédés usuels, c'est qu'ils révèlent l'exacte situation du poumon perforé. On voit, en effet, à l'écran, sur la zone supérieure très claire qui correspond à l'air intra-pleural, se détacher l'ombre plus foncée du moignon pulmonaire rétracté vers le hile; le contour en est nettement dessiné, sa forme varie suivant qu'il est libre de toute adhérence ou fait corps dans une plus ou moins grande étendue avec le sommet de la cavité thoracique.

Des examens répétés du même malade, à plusieurs jours d'intervalle, permettront de mesurer tous les changements qui se produisent dans la forme et les dimensions du poumon. Quand un nouvel examen radioscopique fera constater une augmentation de volume de cet organe, c'est que la perforation pulmonaire sera fermée, puisqu'à cette condition seulement l'air contenu dans la cavité pleurale aura pu se résorber et le poumon être attiré vers les parois du thorax. L'emploi des rayons de Röntgen permettra donc de diagnostiquer de bonne heure la cicatrisation des perforations pulmonaires avant que les feuillets de la plèvre aient repris contact, avant que l'auscultation l'ait révélée.

IV. Maladies simulant la tuberculose. — Les rayons de Röntgen permettent, dans ces cas, d'écarter le diagnostic de tuberculose soit en montrant l'image des poumons suspects parfaitement claire sur l'écran, du sommet à la base, et spécialement au sommet, plus brillante même qu'à l'état normal, soit en révélant des lésions profondes et ignorées, capables, mieux que les tubercules supposés, d'expliquer les symptômes de consomption.

Comme exemples de la première catégorie de faits, nous citerons, chez l'adulte, ces catarrhes chroniques avec dilatation des bronches où l'expectoration purulente, les hémoptysies, l'amaigrissement et la perte des forces simulent la phtisie commune; chez l'enfant, ces bronchites subaiguës consécutives à la rougeole et surtout à la coqueluche, où une abondante sécrétion de crachats nummulaires se joint à la fièvre hectique, à l'émaciation rapide pour entraîner, presque sans réserves, le diagnostic de tuberculose. Nous citerons aussi ces cas de neurasthénie profonde, d'anémie et de dyspepsie graves où les troubles de la nutrition prédominent et font admettre, à tort, l'existence d'une tuberculose latente.

Comme exemple des faits d'un autre ordre, nous citerons les collections purulentes interlobaires inaccessibles aux modes usuels d'examen et simulant la tuberculose.

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Facultés de médecine. — Sont chargés de cours complémentaires, pour l'année 1898-1899, dans les Facultés de médecine ci-après désignées :

Faculté de médecine de Paris. — Clinique des maladies des enfants : M. Marfan, agrégé. — Pathologie externe : M. Walther, agrégé. — Accouchements : M. Bonnaire, agrégé. — Enseignement des élèves sages-femmes : M. Lepage agrégé. — Clinique annexe des maladies du larynx, des oreilles et du nez : M. le Dr Castex.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Accouchements : M. Chambrelent, agrégé. — Pathologie externe : M Denucé, agrégé libre. — Pathologie interne : M. Rondot, agrégé libre. — Chimie : M. Dupouy, pharmacien suppléant de première classe.

Faculté de médecine de Lille. — Clinique chirurgicale des maladies des enfants : M. Phocas, agrégé libre. — Médecine opératoire et clinique des maladies des voies urinaires : M. Carlier, agrégé. — Clinique médicale des enfants et syphilis infantile : M. Ausset, agrégé. — Accouchements : M. Oui, agrégé.

M. Carrière, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

Faculté de médecine de Lyon. — Accouchements : M. Pollosson, agrégé. — Botanique : M. Beauvisage, agrégé.

Faculté de médecine de Nancy. — Clinique des maladies des enfants : M. Haushalter, agrégé. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Février, agrégé. — Accouchements : M. Schuhl, agrégé. — Clinique ophtalmologique : M. Rohmer, agrégé libre. — Clinique des maladies des vieillards : M. P. Parisot, agrégé libre.

Faculté de médecine de Toulouse. — Chimie biologique : M. Biarnès, agrégé. — Bactériologie : M. Morel, agrégé. — Clinique ophtalmologique : M. le Dr Vieusse. — Médecine légale : M. le Dr Guilhem. — Hydrologie : M. le Dr Garrigou.

Facultés de médecine. — Sont nommés, pour l'année 1898-1899, chefs des travaux ou chefs de laboratoire dans les Facultés ci-après désignées :

Faculté de médecine de Lille. — Physique : M. Demzeure, licencié ès sciences mathématiques et physiques. — Pharmacie : M. Deroide, agrégé. — Histoire naturelle : M. P. Focken, docteur ès sciences, docteur en médecine. — Physiologie : M. Bédart, agrégé. — Chimie minérale : M. Louis, pharmacien de première classe. — Chimie organique : M. Carette, pharmacien de première classe. — Anatomie : M. Cousin, agrégé.

Faculté de médecine de Montpellier. — Physique biologique : M. Gagnière, licencié ès sciences mathématiques et physiques. — Chimie : M. Descomps, pharmacien de première classe. — Anatomie : M. Mouret, agrégé. — Physiologie : M. Delezenne, agrégé. — Laboratoire de clinique (physique) : M. Bertin-Sans, agrégé. — Laboratoire de clinique (chimie) : M. Moitessier, agrégé. — Laboratoire de clinique (chimie pathologique) : M. de Girard, agrégé libre. — Histologie : M. Grynfelt, bachelier ès sciences et ès lettres.

Faculte de medecine de Nancy. — Laboratoire des cliniques directeur : M. Guérin, agrégé. — Chimie : M. Louis Michel. — Physique : M. Guilloz, agrégé. — Histologie : M. Bouin, agrégé. — Physiologie : M. Lambert, agrégé. — Anatomie pathologique : M. le Dr Hoche.

Faculté de médecine de Paris. — M. Roger, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Lefour, agrégé, est nommé professeur de clinique d'accouchement à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — M. Charmeil, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à ladite Faculté.

M. le Dr Calmettes est nommé professeur de bactériologie et de thérapeutique expérimentale à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Lille. — Le service de la chaire de parasitologie sera assuré pendant l'absence de M. le professeur Barrois, député (année scolaire 1898-1899), par MM. Focken, docteur ès sciences, et Deléarde agrégé.

Faculté de médecine de Nancy. — A la suite du dernier concours, M. Vial (Régis), interne des hôpitaux, a été nommé chef de clinique obstétricale.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Guignard, professeur de clinique obstétricale, est admis sur sa demande et pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Guignard est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. Billiard, chef des travaux de physiologie à la Faculté de médecine de Toulouse, est chargé, pour l'année scolaire 1898-1899, d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé, sur sa demande, à M. le professeur Blatin.

M. Dourif, professeur de clinique médicale, est admis, pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite. M. Dourif est nommé professeur honoraire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le professeur Malherbe est nommé directeur de ladite école, à dater du 1er novembre 1898.

Ecole de médecine de Poitiers. — M. le Dr Malapert (Henri-Paulin-Prosper), suppléant des chaires de pathologie et de cliniqne chirurgicales et de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1er novembre 1898, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire en remplacement de M. Poisson, décédé.

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° Officier de l'Instruction publique. — M. le Dr Guernier (de Balleroy).

2° Officiers d'Académie. — MM. les Drs Bonnaire, professeur d'anatomie à l'École d'infirmières de Bicêtre ; Bouquet, médecin de l'hospice de Brest ; Curie, médecin-inspecteur des enfants du premier âge ; Daniel, publiciste scientifique ; Duchesne (d'Orbec), président de la Société de médecine du Calvados ; Foucher, délégué cantonal à Argentan ; Petit-Vendol, professeur à l'École d'infirmières de la Pitié ; Prunac, délégué cantonal à Clermont-l'Hérault ; Saumur, chirurgien-dentiste à Paris. Rémond, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse.

Mme Graby, surveillante, professeur de cours pratiques à l'Ecole d'infirmiers et d'infirmières de l'hôpital de la Pitié.

Hôpitaux de Paris. — Des concours pour les prix à décerner en 1898, à MM. les élèves internes de quatrième année, en fonctions dans les hôpitaux et hospices, s'ouvriront à l'Hôtel-Dieu : le lundi 12 décembre 1898, à quatre heures (médecine), et le jeudi 15 décembre 1898, à quatre heures (chirurgie et accouchements).

Les registres d'inscription seront ouverts au secrétariat général de l'Administration tous les jours (dimanches et fêtes exceptés), de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général au plus tard le 15 octobre, à trois heures, dernier délai.

Académie de médecine de Belgique. — Dans sa dernière séance, l'Académie de médecine de Belgique a nommé correspondant étranger dans la section d'hygiène le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement de Paris.

Le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française se tiendra à Marseille, au mois d'avril 1899. Les questions suivantes seront l'objet de rapports spéciaux : 1° Délires systématisés secondaires : 2° Psychoses polynévritiques : 3° Aliénés méconnus et condamnés.

Nécrologie. — Le Dr Renard, d'Ancy-le-Franc (Yonne), mort tabétique à l'âge de 50 ans. — Le Dr Alliez, de Nice, reçu en 1876. — Le Dr Marfan, de Castelnaudary, ancien député de l'Aude, reçu en 1852. — Le Dr Moussu, directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*